

.....
/miejscowość, data/

.....
/imię i nazwisko /

.....
.....
/adres zamieszkania//

nr tel.:

e-mail:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 5
19-300 Elk

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że nie zamierzam zwracać się z prośbą o przyznanie mi pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki z powodu mojej rezygnacji z dalszego kształcenia.

.....
/data i czytelny podpis wychowanka/

Opinia opiekuna usamodzielnienia:

.....
.....
.....

.....
/data i czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia /